



Santa Cruz City Schools

Solicitud de Transferencia Intra Distritos

2026-2027

Application # _____

Instrucciones: Las solicitudes de Transferencia Intra Distritos para los grados 6-12 serán aceptadas del 5 de enero al 6 de febrero. Las solicitudes para los grados TK-5 serán aceptadas del 17 de febrero al 13 de marzo. Las solicitudes deben recibirse en la Oficina de Servicios Estudiantiles, Escuelas de la Ciudad de Santa Cruz, 133 Mission Street, Ste. 100, Santa Cruz, CA 95060 o por correo electrónico a mluna@sccs.net antes de las 4:30 pm del día 6 de febrero (para secundaria) y el 13 de marzo (para la primaria). Los estudiantes de primaria deben escribirse primero en la escuela de su área escolar, obtener la firma del director de la escuela y dejarlo en la oficina de su escuela de su área de asistencia. Si tiene preguntas, por favor llame al (831)429-3410 ext. 48215 o por correo electrónico a mluna@sccs.net

Nombre y Apellido Legal es el nombre en el Acta de Nacimiento de su estudiante.

Apellido Legal del Estudiante:	Nombre Legal del Estudiante:	Fecha de Nacimiento: / /	Genero Legal: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No-binario
--------------------------------	------------------------------	--------------------------	--

Estoy aplicando para el Programa de Doble Inmersión (Kinder y 1° grado solamente) ☐ Si ☐ No Primer Idioma: _____

Por la presente solicito que a mi estudiante se le permita asistir a la escuela _____ en el grado _____ para el año escolar 2026-2027.

El estudiante asiste actualmente a la escuela: _____ en el grado: _____ ó en pre-Kinder.

¿El estudiante tiene un IEP o asiste a un Programa de Educación Especial? ☐ Sí ☐ No (No incluye el plan 504)

Razón por la solicitud de Transferencia de Intra Distritos

<input type="checkbox"/> Se ha cambiado de casa y quiere que su estudiante permanezca en la misma escuela a la que asiste actualmente.
<input type="checkbox"/> El/la estudiante tiene un hermano/a que asiste a la escuela solicitada: Nombre: _____ grado en el que asistirá el hermano/a en el 2026-2027 _____.
<input type="checkbox"/> El/a estudiante es hijo/a de un empleado permanente del Distrito Escolar de Santa Cruz. Por favor de proveer el nombre. Nombre: _____ y sitio de trabajo del empleado _____.
<input type="checkbox"/> La escuela solicitada está más cerca de mi casa.
<input type="checkbox"/> Otro:

¿Está jugando actualmente en un equipo de atletismo en la escuela secundaria? ☐ Sí ☐ No

El padre/tutor **debe escribir** sus iniciales en las líneas para indicar que entiende las estipulaciones del proceso de Transferencia de Intra Distritos:

Entiendo que cualquier Transferencia de Intra Distritos puede ser anulada durante los primeros 20 días de que haya comenzado la escuela, el alumno puede ser transferido si llegara un estudiante que resida en esa área escolar.
Entiendo que una vez que la Transferencia Intra Distritos es aprobada, el/la estudiante debe asistir a la escuela solicitada por 1 semestre si es estudiante de secundaria ó 1 año ese s estudiante de primaria, antes de volver a solicitar una Transferencia Intra Distritos, aun para regresar a la escuela de su área residencial escolar.
Entiendo que si la solicitud de Transferencia Intra Distritos es aprobada el Distrito Escolar no proveerá transportación.
Entiendo que las solicitudes aprobadas están sujetas a revisión y pueden ser revocadas por problemas de asistencia ó de disciplina.
Entiendo que la aprobación de la Transferencia Intra Distrito se basa en disponibilidad de espacio y en las siguientes prioridades: (1) Estudiantes que se han cambiado de domicilio, pero desean permanecer en la misma escuela. (2) Estudiantes que tienen un hermano/a que asiste a la escuela solicitada durante el año escolar 2026-2027. (3) Hijos/a cuyos padres son empleados permanentes del Distrito Escolar de Santa Cruz y viven en el Distrito.

Por la presente certifico que entiendo y estoy de acuerdo con las estipulaciones aquí mencionadas arriba:

Nombre en letra de molde del Padre/Tutor:	Firma del Padre/Tutor:	Fecha:	
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	
Correo electrónico:	Teléfono de Celular:	Teléfono de Casa:	Teléfono de trabajo:

FOR OFFICE USE ONLY

Principal Signature of school of residence (Elementary Only)	Date:	
School of Residence:	Current School:	
Date Approved:	Date Denied:	Date Declined:
Student Services Signature:	TWI/MCS Waiting List #	